LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Dermatite herpétiforme chez un enfant de 10 mois, par le Dr Dauchez, 801. — Des hémorrhagies dans les maladies infectieuses, par le Dr Depasse, 803. — **Académie des sciences** : *Séance du 6 décembre* 1897. Présidence de M. A. Chatin. — Des premières modifications qui surviennent dans les cellules fixes de la cornée, au voisinage des plaies de cette membrane, 804. — Effets physiologiques et thérapeutiques de la spermine, 805. — Disparition de l'empoisonnement saturnin par la substitution partielle de l'acide métastannique à la potée d'étain dans le polissage du cristal, 806. — Sur la décomposition du chloroforme dans l'organisme, 806. — Sur quelques résultats comparatifs des méthodes cliniques ordinaires et de l'examen fluoroscopique dans les épanchements pleurétiques, 807. — Antagonisme entre le venin des Vespidæ et celui de la vipère : le premier vaccine contre le second, 807. — **Académie de médecine** : *Séance du 14 décembre* 1897. Présidence de M. Caventou. — Distribution des prix de 1897, 807. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 10 décembre* 1897. Présidence de M. Debove. — Pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre, 809. — Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde, 810. — Incontinence de l'urine et des matières fécales dans la paraplégie liée aux névrites alcooliques, 810. — La ménopause et le rein, 810. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 9 décembre* 1897. Présidence de M. Besnier. — Observations de lupus tuberculeux traités par les injections hypodermiques de calomel, 810. — Traitement du chancre mou, 811. — Crevasses chancriformes du mamelon, 811. — Ichtyose, 811. — Cas de syphilis héréditaire, 811. — Sur un quatrième fait d'acro-dermatites continues suppuratives, 811. — Sur les folliculites séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer, 811. — Ulcérations papillomateuses de la jambe, 811. — Cas de lésions pilo-sébacées en placards de nature indéterminée, 811. — Dactylites suppuratives à streptocoque à poussées successives, 812. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 14 décembre* 1897. — Présidence de M. Bouloumié, 812. — **Société de chirurgie** : *Séance du 15 décembre* 1897. Présidence de M. Delens. — Hystérectomie abdominale totale, 813. — Cure radicale d'une grosse hernie inguinale, 814. — Un cas de péritonite herniaire, 814. — Anus contre nature suite de hernie crurale gangrénée. Entérectomie et entérorrhaphie. Guérison, 814. — Hématome du coude : ostéome du brachial antérieur en quinze jours. Extirpation. Guérison, 814. — De la méthode nasale. Incision médiane pour l'ablation des polypes nasopharyngiens, 814. — Rate accessoire. Ablation. Guérison, 814. — Présentation d'une radiographie montrant un sou arrêté dans l'œsophage d'un enfant, 814. — **Nouvelles**, 814.

CLINIQUE MÉDICALE

Dermatite herpétiforme chez un enfant de 10 mois

(*Etude clinique et pathogénique*) (1)

Par le Dr H. Dauchez,

Ancien chef de clinique adjoint à l'Hopital des Enfants.

L'existence de la maladie de Duhring n'a été signalée chez l'enfant que très rarement.

A part la thèse de Thilliez (th. de Paris 1895) et l'observation présentée par Nicolle (de Rouen au congrès de dermatologie de Londres (1896), aucune monographie n'a été publiée sur cette singulière affection qui se rapproche certainement beaucoup chez l'enfant des pemphigus chroniques d'origine nerveuse.

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

En publiant cette nouvelle observation, nous voulons simplement nous placer au point de vue pathogénique, et chercher à prouver que si la dermatite herpétiforme est liée à la pénétration des toxines dans l'économie, celles-ci du moins portent leurs déterminations sur le système nerveux.

Dans l'observation de Nicolle, la symétrie des éruptions aux membres inférieurs et supérieurs, le prurit très intense est cité.

Dans la thèse de Thilliez, la théorie nerveuse est défendue et l'auteur invoque à l'appui de son dire l'intensité des manifestations douloureuses à forme névralgique, la symétrie des lésions, l'identité des phénomènes cutanés avec ceux qui sont dus à des lésions nerveuses, l'existence dans tous les cas de troubles nerveux, l'influence héréditaire, etc.

Wickham et Besnier en 1893 (*Rev. cl. et th.*) rattachent un cas de ce genre à des émotions violentes.

Hallopeau et Brodier en 1894, tout en admettant l'auto-intoxication, signalent la céphalée, l'hyperestésie, les douleurs dans les membres et des secousses convulsives. Ces auteurs ont constaté l'impuissance du traitement local, ce qui semble impliquer une cause centrale, supérieure, agissant sur les éléments vasomoteurs de la peau,

Signalée par Bar et Tissier (1) et par Ferrera (2) chez la femme enceinte, la dermatite herpétiforme s'accompagne encore de troubles nerveux (prurit, brûlures, etc.) de symétrie (fig. 4). Or on sait combien l'état central est souvent altéré au début et à la fin de certaines grossesses (manie puerpérale).

Chez le malade observé en 1895 par Gaucher, Bache et Claude (*Soc. Dermatologie*, juin 1895) le sujet présenté était manifestement hystérique, avec troubles oculaires, hémianesthésie gauche, etc.

Si maintenant nous ajoutons au témoignage des auteurs précités, l'observation ci-jointe, il semble que la théorie nerveuse ne puisse être contestée.

Nous trouvons en effet chez un enfant, peut-être intoxiqué par le lait d'une nourrice atteinte elle-même de lésions cutanées, mais à coup sûr issu d'une mère névropathe, très mobile et inquiète, des lésions pemphigoïdes et polymorphes symétriques (cuisses, face plantaire, épaules, etc.) un prurit excessivement violent, l'insomnie persistante.

(1) *Bulletin de la Soc. Obstétr. et Gynécologique* de Paris (Février 1895).

(2) Th. Paris 1895.

L'antisepsie intestinale suspend il est vrai toutes ces manifestations herpétiformes, mais l'enfant après un traitement local persistant (bains gélatineux, formol et liniment oléo-calcaire) est repris d'accidents cérébraux graves et succombe à Beauvais, au cours d'une méningite avec convulsions.

La théorie nerveuse généralement admise par les dermatologistes paraît donc trouver ici sa confirmation.

OBSERVATION (*personnelle*). — Il s'agit d'un enfant de dix mois, habitant Versailles depuis un ou deux mois, et vu par plusieurs de nos confrères de la ville, dont le diagnostic a paru incertain.

Il est vrai que le polymorphisme de l'affection a singulièrement contribué à égarer l'opinion desdits confrères, l'enfant ayant été présenté successivement à l'examen de chacun d'eux tantôt avec des poussées de papules acuminées et prurigineuses, tantôt avec des placards érythémato-bulleux.

Mais disons auparavant quelques mots sur les antécédents héréditaires de ce jeune sujet. Ses parents jouissent d'une bonne santé depuis trois ou quatre ans.

Le père, en effet, aurait eu antérieurement à cette époque des accidents bronchiques suspects qui l'ont obligé à suspendre ses affaires, à quitter Paris ; depuis quelques mois sa santé est satisfaisante. A aucune époque il n'a eu la syphilis. Trois blennorhagies seules, sans aucun retentissement sur la santé générale, se sont produits il y a quinze ou vingt ans.

La seule tare constitutionnelle appréciable du père serait l'herpétisme ; M. G..., qui est pharmacien, est très sujet à l'eczéma, à l'herpès, etc., sans avoir jamais eu de dermatite herpétiforme.

La mère de l'enfant est parfaitement portante, mais elle est très névropathe, exubérante, d'une volubilité et d'une mobilité excessives. Elle n'a jamais eu la moindre indisposition, mais elle a fait deux fausses couches, l'une il y a sept ans, l'autre il y a trois ans, sans motif appréciable et sans que les deux fœtus présentassent rien d'anormal. Elle n'a jamais eu d'affections cutanées. Menstruation parfaite.

L'enfant, que l'on nous présente le 26 août 1896, est un bel enfant, du sexe masculin, âgé de 10 mois.

Son frère âgé de 13 ans est très bien portant.

Arrivé à terme ou mieux cinq à six jours avant terme, notre jeune malade a été élevé jusqu'à l'âge de trois mois par sa mère, sans avoir jamais eu la moindre indisposition. L'insuffisance du lait maternel ayant obligé la mère à prendre une nourrice, on choisit à Versailles une femme mariée dont le mari notoirement alcoolique n'a pu être retrouvé.

Toujours est-il que cette femme quelques jours après avoir été choisie par les parents fut reconnue atteinte d'une affection bulleuse du thorax et des membres, et traitée par le Dr Laurent de Versailles qui prescrivit des bains sulfureux.

Peu après la nourrice était renvoyée, et l'enfant, mis au biberon, n'a plus reçu depuis lors que du lait stérilisé.

C'est alors du troisième au quatrième mois qu'apparaissent les premières poussées éruptives tantôt papuleuses (prurigo), tantôt vésiculeuses, tantôt bulleuses, sans cesse récidivantes, reparaissant tous les vingt ou trente jours toujours très pruriqueuses — supprimant le sommeil de la majorité des nuits, (grattages, brûlures, cris subits.)

L'état général n'a jamais été atteint.

L'enfant est vigoureux, marche presque seul, sans pourtant avoir une seule dent (à 10 mois). Les fonctions digestives sont respectées. Pourtant l'enfant est très constipé, il ne rend que des matières dures et noires, avec de grands efforts pour évacuer. Des lavements sont nécessaires.

Le 26 août 1896, jour où l'enfant est présenté, nous trouvons des bulles à divers degrés d'évolution — sur les membres inférieurs et supérieurs — à la face dorsale et à la plante des pieds.

Dans ces deux dernières régions il n'existe plus que des macules d'un rouge sombre, mais non cuivrée, sans desquamation, ce sont des bulles desséchées sur place, sans colerette desquamative.

A la face interne de la cuisse gauche un groupe de deux bulles absolument transparentes, grosses comme des lentilles, apparaît sur la peau saine, sans érythème.

A la face interne du mollet droit une pustule sèche, plate, circulaire, très superficielle, recouverte d'une croûte noire très mince, tranche sur la peau érythémateuse.

Aux deux poignets, *très symétriquement*, figurent de chaque côté sept à huit taches érythémateuses surmontées d'une bulle rudimentaire encore vésiculeuse et acuminée.

A la face, aux poignets, à la plante des pieds, ces lésions sont symétriques. Partout ailleurs des traces de grattage.

Enfin l'enfant a depuis deux ou trois jours quelques ulcérations traumatiques du nez qui s'accompagnent d'un léger suintement sanguinolent.

L'apparition au troisième mois de cette dermatite excluait l'idée du pemphigus syphilitique. Le polymorphisme excluait l'idée d'herpès ainsi que le prurit incessant et les localisations plantaires.

Par contre la longue durée de cette dermatite (sept mois), son caractère essentiellement récidivant, le prurit violent qui l'accompagnait, son polymorphisme, la conservation d'un bon état général chez l'enfant, l'apparition tardive du pemphigus, l'absence de syphilis chez les ascendants légitimaient ce nous semble le diagnostic de dermatite herpétiforme de Duhring.

Nous prescrivons donc le traitement symptomatique :

1° Bains gélatineux, deux fois par semaine, alternant avec des bains de lie de vin. Ces bains doivent être pro-

longés quinze minutes, et l'enfant habillé sans être essuyé.

2° Le soir, badigeonnage de cinq en cinq minutes au pinceau imbibé de la solution à base de formol (40 p. 100), comme anesthésique.

Onction au liniment oléocalcaire et enveloppement de ouate.

3° Lait stérilisé — 600 à 800 grammes par jour — par petites fractions.

31 août. — Nouvelle poussée polymorphe : vésicules acuminées, d'une part, durant plusieurs jours, papules d'urticaires, d'autre part, s'évanouissant une demi-heure ou une heure après leur apparition.

Pendant quinze à vingt jours nous prescrivons, par période de quatre jours, alternativement avec des périodes de repos, l'administration du benzonaphtol associé au calomel en raison de la constipation persistante mentionnée plus haut, et de l'infection possible des voies digestives par le lait de la nourrice atteinte elle-même d'accidents pemphigoïdes.

L'influence heureuse du traitement s'accuse aussitôt, et moins de quinze jours après, du 15 septembre au 2 octobre, on note la suppression totale de l'éruption polymorphe. Le traitement au calomel et au benzonaphtol est suspendu en raison de l'apparition de la coqueluche qui oblige à suivre un traitement spécial (aconit et belladone).

L'amélioration persiste complète deux mois durant, époque à laquelle le jeune enfant, conduit à Beauvais, succombe brusquement à des convulsions symptomatiques d'une méningite.

Cette observation confirme de tout point l'opinion des divers auteurs qui depuis deux à trois ans ont plus particulièrement étudié cette affection d'ailleurs si rare.

Sans doute elle diffère sur quelques points de détails de l'observation de Nicole, mais on y retrouve la plupart des *particularités cliniques* si bien groupées dans la thèse du Dr Thilliez (Paris 1895) à savoir : pigmentation de la peau (région plantaire dans l'espèce), développement très marqué de l'érythème, poussées (tardives ici) d'urticaire ou lésions analogues signalées par le père, début précoce au début de la vie (du troisième au quatrième mois), grande dissémination des éléments vésiculeux, rechutes continuelles du troisième au dixième mois. Cessation par des bains sédatifs et l'antisepsie intestinale (ici du moins, du dixième au treizième mois) des phénomènes douloureux, prurit et insomnie continuels.

Contrairement à l'opinion de Thilliez, nous n'avons trouvé aucune affection semblable chez les ascendants et chez le frère aîné de ce jeune enfant, réserve faite de l'herpétisme paternel et de l'état névropathique de la mère.

Ajoutons aussi que, malgré nos demandes réitérées, le père du jeune sujet, n'a jamais pris la peine de rechercher le degré de toxicité urinaire, de l'urée, etc.

Considérée dans son ensemble, la dermatite herpétiforme, qu'elle attaque l'enfance ou l'adulte, reste donc dans ses grandes lignes identiques à elle-même et connexe, ses caractères primordiaux : polymorphisme, phénomènes douloureux, chronicité avec poussées successives et *conservation du bon état général*, symétrie (thorax, poignet, région plantaire), apparition plus tardive que dans le pemphigus syphilitique.

Sans doute le sujet de notre observation a succombé, mais ce n'est point à la dermatite de Duhring. La coqueluche et des complications d'ordre cérébral peuvent seuls être incriminés.

Des hémorrhagies dans les maladies infectieuses (1).

Par le Dr Depasse.

Nous savons tous que les maladies infectieuses peuvent causer des hémorrhagies, l'altération du sang par les microbes de leurs toxines est une des causes qui facilitent son passage à travers des vaisseaux dont la modification n'est pas suffisamment connue. Mais pourquoi ces hémorrhagies ont-elles plutôt lieu par un organe que par un autre? Pourquoi plutôt par le nez que par les reins, que par l'utérus? En tout cas ces pertes de sang sont souvent un des premiers symptômes de la maladie à évolution.

Les métrorrhagies au début de la rougeole sont connues, mais doivent être très rares, car on en trouve fort peu d'observations et c'est pourquoi j'ai cru intéressant de raconter les deux cas suivants qui sont survenus la même semaine dans ma clientèle, le mois dernier, pendant le cours de l'épidémie qui paraît sévir avec une assez grande intensité depuis le commencement du mois de mars, non seulement à Paris, mais dans tous les environs, non seulement chez les enfants, mais chez un grand nombre d'adultes.

Le 30 mars, je suis appelé vers minuit auprès d'une jeune fille de 26 ans, qui était venue de Suisse passer quelques jours chez des amis. A mon arrivée, je trouve couchée, pâle et défaite une jeune femme qui a été prise la veille d'une hémorrhagie qui paraissait peu sérieuse et à laquelle on n'avait prêté aucune attention, mais qui dans la journée avait augmenté d'une façon inquiétante, au point que dans l'après-midi et la soirée la malade avait eu trois syncopes; à la troisième on avait pris peur et on m'avait appelé. On me raconte que la malade tousse depuis quelques jours, qu'elle avait eu ses règles à l'époque habituelle et qu'elles avaient cessé depuis huit jours, et on me montre de gros caillots expulsés dans la journée et la soirée. Le ventre n'est pas douloureux, il n'y a que quelques coliques. A l'auscultation on entend quelques gros râles

(1) Communication à la Société du VIe arrondissement, séance du 26 avril 1897.

disséminés dans la poitrine, la langue n'est pas très sale et le pouls est à 120. Je n'ai pas pris la température n'ayant pas de thermomètre sur moi. La jeune fille ne s'est pas fatiguée plus que d'habitude. Il n'y a aucune raison qui explique cette perte. Je veux pratiquer le toucher, mais j'en suis empêché par un hymen qui ne laisse pas passer le doigt. Je conseille une potion à l'ergotine et des boissons froides. Le lendemain dans la journée la situation n'a pas changé, mais la figure paraît légèrement rouge, d'une teinte uniforme, dont on ne peut faire un diagnostic, et le surlendemain seulement l'éruption est caractéristique; dans la journée elle est superbe et l'hémorrhagie s'arrête ce jour-là seulement, aussi le fond de la gorge et les conjonctives deviennent rouges.

La maladie suivit un cours normal et ne trouvant pas d'autre explication force fut bien d'attribuer à la rougeole cette métrorrhagie.

Huit jours après, le 6 avril, je suis appelé dans une famille pour voir une jeune fille de 21 ans qui venait d'être prise d'une perte très abondante : jeune fille solide, vigoureuse, bien musclée; elle s'était fatiguée beaucoup à faire depuis quelques jours des courses dans les magasins, à cause d'un mariage prochain, et c'est à ces courses que la famille attribuait cette perte, car elle avait eu ses règles douze jours auparavant ; elle était toujours très bien réglée. Comme il y avait dans l'appartement son jeune frère de 8 ans en pleine éruption de rougeole, la chose me frappa. J'avais une série et j'annonçais à la famille que très probablement c'était la rougeole qui débutait d'une façon insolite, aussi ne fis-je pas prendre d'ergotine, ni de boissons froides, mais des boissons chaudes, de l'acétate d'ammoniaque de façon à activer l'éruption que j'attendais, qui vint le lendemain, et la perte s'arrêta. Là aussi il me fallut mettre la métrorrhagie sur le compte de la maladie infectieuse car je ne trouvais aucune raison non plus; là aussi la malade était vierge et n'avait jamais eu d'accidents utérins.

L'action de la rougeole sur l'utérus est indéniable. Elle peut être néfaste dans les grossesses, surtout vers la fin de la grossesse, mais les cas de métrorrhagie chez les femmes adultes doivent être rares. Dans le *Dictionnaire de Dechambre*, Sanné, qui a fait l'article ROUGEOLE d'une façon très complète, y fait trois fois allusion, mais sans insister.

Despine qui a fait l'article ROUGEOLE dans le *Dictionnaire de Jaccond* (après celui de Sanné) n'en parle pas du tout.

Guinon à l'article ROUGEOLE du *Traité de médecine* n'en parle pas non plus.

Trousseau, Peter, Chomel, dans leur clinique, n'en parlent pas non plus.

C'est pourquoi j'ai cru pouvoir appeler cinq minutes de votre attention sur deux cas qui, sans être quelque chose de bien extraordinaire, m'ont paru intéressants. Ainsi le retard de l'éruption dans la gorge, les conjonctives est peut-être dû à l'abondance de la perte de sang, et alors le traitement institué n'est évidemment pas fait pour en hâter la manifestation et l'erreur me paraît inévitable si des cas de rougeole dans l'entourage ne viennent pas mettre le médecin sur la voie de la vérité.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 décembre 1897. — *Présidence de* M. A. CHATIN.

Des premières modifications qui surviennent dans les cellules fixes de la cornée au voisinage des plaies de cette membrane. — M. L. RANVIER. J'ai montré, il y a plus de vingt ans, que du segment central d'un nerf sectionné partent des bourgeons nerveux qui s'accroissent peu à peu et remplacent les tubes nerveux dégénérés du segment périphérique.

Ces bourgeons sont émis par les cylindres-axes conservés du segment central.

Ce fait et d'autres analogues que j'en ai rapprochés m'ont conduit à produire la théorie des *neurones*, dont le nom cependant n'est pas de mon invention. Il appartient au professeur Waldeyer. Qu'il me soit permis à ce propos de reproduire un passage de mon *Traité technique d'Histologie*. Il se trouve aussi bien dans la première édition de cet ouvrage que dans la seconde.

Les organes qui appartiennent au système nerveux (encéphale, moelle épinière, ganglions périphériques, nerfs, terminaisons nerveuses) sont si différents les uns des autres qu'on ne les aurait pas compris jadis dans un même ensemble anatomique s'ils n'étaient pas reliés entre eux de manière à former un tout continu. Aujourd'hui l'analyse histologique qui a été faite de ce système nous permet d'en ramener les différentes parties à un type parfaitement défini. Ce type, nous le trouvons dans la cellule nerveuse ou cellule ganglionnaire.

Les cellules nerveuses, bien que très variables dans leur forme et leur dimension, ont cependant un caractère commun : elles émettent toutes des prolongements qui deviennent des fibres nerveuses. Ces fibres, après un trajet plus ou moins compliqué dans les centres, s'associent pour former les nerfs périphériques et se continuent sans interruption jusqu'à leur terminaison dans les organes.

Il n'y a donc pas lieu de distinguer, en se plaçant, il est vrai à un point de vue très général, les fibres nerveuses comme des éléments spéciaux, car elles ont des prolongements cellulaires extrêmement étendus et formés d'une substance semblable à celle des cellules dont elles émanent. C'est ainsi qu'une fibre nerveuse, née de la moelle épinière et qui, après avoir parcouru une certaine portion de la substance blanche de cet organe, s'engage dans une racine sacrée pour suivre le nerf sciatique et venir se terminer dans un des muscles du pied, doit être considérée, dans toutes les portions de ce long trajet, comme un prolongement cellulaire, et c'est, à proprement parler, la cellule nerveuse elle-même, étirée en un pédicule extrêmement allongé, qui vient impressionner la fibre musculaire à laquelle elle commande.

Il me semble que le mot de *neurone*, substitué à celui

de *cellule nerveuse* ou ganglionnaire, n'a rien ajouté à ce que nous savions de cette cellule. Cependant, en parcourant ce qui a été écrit à ce sujet depuis quelques années, j'y vois clairement que les histologistes ont été en proie à une illusion regrettable.

Avant d'aborder le sujet que je me propose de traiter spécialement dans cette note, je dois encore rappeler une observation que j'ai faite sur les cellules endothéliales du péritoine enflammé. Ces cellules s'hypertrophient sous l'influence de l'irritation et émettent des prolongements qui peuvent atteindre une longueur relativement considérable.

J'ai cherché à rapprocher ce dernier phénomène du bourgeonnement et de la croissance des cylindres-axes que j'avais observés à la suite de la section des nerfs. Retrancher par incision un ou plusieurs prolongements d'une cellule conjonctive ordinaire et suivre ensuite les modifications qui s'y produisent est une expérience qu'on ne saurait réaliser. Mais on peut agir un peu au hasard sur un groupe de cellules conjonctives, en choisissant des organes où leur orientation et leurs rapports soient bien déterminés. Les tendons filiformes de la queue du rat et la cornée du lapin sont des organes où ces conditions existent.

J'ai expérimenté d'abord sur la cornée du lapin. J'y ai obtenu des résultats entièrement satisfaisants, que je vais donner dans cette communication.

Comme on le sait, les cellules fixes de la cornée sont disposées régulièrement entre les lames conjonctives de cette membrane. Elle sont munies de prolongements latéraux qui, chez le lapin, sont presque tous membraniformes (voyez mes Leçons sur la cornée). Ces prolongements s'anastomosent entre eux, de telle sorte qu'entre les lames conjonctives sont étendues des lames protoplasmiques beaucoup plus minces. En outre, ces lames, au lieu d'être continues comme les lames conjonctives, sont fenêtrées. Ces fenêtres ne sont autre chose que les mailles laissées entre les prolongements cellulaires anastomosés.

De cette disposition il résulte qu'une incision, faite à la cornée perpendiculairement à sa surface, divisera les cellules en un point varié de leur corps ou de leurs prolongements, et qu'il y aura un nombre d'autant plus considérable de couches cellulaires atteintes que l'incision aura été plus profonde.

J'ai fait des incisions comprenant un dixième, un quart et un tiers de l'épaisseur de la membrane et, dans tous les cas, j'ai obtenu des résultats semblables. J'ai laissé vivre les animaux vingt-quatre et quarante-huit heures. La méthode de l'or, appliquée comme il est dit dans mes Leçons sur la cornée, est la seule qui m'ait fourni des préparations entièrement démonstratives. Les cellules fixes doivent y être colorées en violet foncé, presque noir. Leurs prolongements, même les plus délicats, sont alors bien dessinés. On les observe sur des coupes faites au rasoir perpendiculairement aux incisions qui ont été pratiquées sur l'animal vivant.

Comme je l'ai montré dans une Communication antérieure, les lèvres de la petite plaie consécutive à l'incision sont, au bout de vingt-quatre heures, recouvertes de cellules épithéliales provenant du glissement et de l'éboulement de l'épithélium antérieur circonvoisin. Il arrive fréquemment qu'en quelques points, sous l'influence des réactifs ou des manœuvres de la préparation, les cellules épithéliales ont été détachées. Ce sont ces points que l'on doit choisir pour faire les première observations, parce que les faits y sont, sinon plus nets, du moins plus faciles à reconnaître. Les cellules fixes, qui ont été entamées par le couteau, présentent déjà, au bout de vingt-quatre heures, des prolongements bourgeonnants du côté des lèvres de la plaie. Au bout de quarante-huit-heures, ces prolongements se sont accrus, ont gagné la surface de section, puis, après s'être incurvés brusquement, s'y sont étalés pour la recouvrir. Ils se sont aplatis et anastomosés avec ceux qui proviennent des cellules voisines. Il en résulte que la solution de continuité, au dessous des cellules épithéliales qui la comblent ou la recouvrent, est complètement tapissée d'une lame protoplasmique fenêtrée qui ne contient pas elle-même de noyaux, mais qui est en rapport avec les cellules fixes voisines au moyen d'un très grand nombre de ponts également protoplasmiques qui ne sont que des prolongements cellulaires.

Il me paraît inutile d'insister sur le rapprochement de ce phénomène avec celui du bourgeonnement et de l'extension des cylindres-axes sectionnés, car il est évident qu'ils sont du même ordre.

On se demandera pourquoi je ne dis rien aujourd'hui des modifications qui doivent se produire à la suite des sections de la cornée dans les nombreuses fibres nerveuses qui occupent l'épithélium et le stroma de cette membrane.

On se demandera, sans doute, encore pourquoi je ne parle pas des phénomènes de cicatrisation de la cornée ultérieurement à la quarante-huitième heure.

J'en ferai le sujet de prochaines communications.

Effets physiologiques et thérapeutiques de la spermine. — M. Alexandre Pœhl. La spermine, qui répond à la composition $C^5\,H^{14}\,Az^2$, est l'un des principes qui président à l'oxydation des tissus. Je l'ai rencontrée dans presque tous, mais plus particulièrement dans le testicule, l'ovaire, le corps thyroïde, le pancréas surtout, le thymus, la moelle, la rate, le sang normal, la lymphe. J'ai montré que cette base agit, même à très faibles doses, en accélérant les oxydations, tant organiques que minérales, à la façon d'un ferment.

Une série d'observations, dues au professeur prince Tarkhanoff, ont établi l'action dynamogène de ce corps ; les observations cliniques ont démontré ses effets thérapeutiques favorables dans toutes les maladies caractérisées par une réduction des oxydations dans les tissus, un ralentissement de l'assimilation, et une diminution de l'alcalinité du sang.

Qu'on l'introduise par la bouche ou par injection sous-cutanée, les effets favorables de la spermine ont été signalés dans l'anémie, dans la goutte, dans l'arthrite déformante, le rhumatisme aigu, la pneumonie fibrineuse, la fièvre typhoïde, la neurasthénie, l'hystérie, dans le tabès et autres maladies des centres nerveux, dans le psoriasis, dans la syphilis maligne.

Quelles que soient les manifestations variées apparentes de ces nombreuses maladies, dans tous ces cas, les effets de la spermine se réduisent à relever le taux des oxydations intra-organiques, à favoriser l'élimination des produits de déchet et à détruire les toxines autonomes ou microbiennes.

Je fonde cette opinion sur les milliers d'analyses que j'ai pu pratiquer sur les malades soumis à l'action de la spermine.

Sous son influence : 1° le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total (ancien coefficient d'oxydation ; actuellement, coefficient d'utilisation des substances azotées), rapport qui est la meilleure mesure de la respiration et de la vitalité des tissus, se rapproche, chez les malades, de la normale ; c'est-à-dire que la quantité d'azote uréique augmente, et que celle des produits intermédiaires offensifs (leucomaïnes et toxines de A. Gautier) diminue. On constate, en effet, à la fois, sous l'action de la spermine, la diminution des leucomaïnes urinaires et des substances extractives azotées. Cependant il peut arriver, mais seulement en quelques cas, que ces leucomaïnes augmentent tout à coup sous l'effet de la spermine, comme par une décharge de l'économie, mais ensuite elles diminuent notablement, tandis que l'urée reprend son cours ascendant.

2° Sous l'influence du même agent, le rapport de l'urée aux chlorures diminue malgré l'augmentation de la quantité d'urée.

3° Le rapport de l'acide urique à l'acide phosphorique des *phosphates neutres* (rapport qui, d'après Zerner, mesure l'aptitude de l'acide urique à se précipiter dans l'organisme) se rapproche très lentement de 0,4 (normale 0,2 à 0,4).

4° Le rapport de l'acide phosphorique total à l'acide phosphorique des phosphates neutres (rapport qui indique l'état d'alcalinité du sang) diminue sensiblement. Cette augmentation d'alcalinité du sang, si favorable aux oxydations, a été observée, après l'action de la spermine, par Lœvy et Richter dans la clinique de Senator par titrages directs faits immédiatement sur le sang laqué à basse température.

Dans quelques cas seulement, mes analyses ont indiqué une diminution des phosphates neutres, explicable par une décharge momentanée d'acides organiques par les reins ; mais toujours cette diminution a été suivie d'augmentation notable.

La spermine ne paraît pas avoir d'influence directe sur les fermentations intestinales ; en fait, le rapport de l'acide sulfurique total à l'acide sulfoconjugué ne paraît pas modifié (1).

Les effets physiologiques et thérapeutiques de la spermine sont donc bien uniformes : ils consistent à exciter les phénomènes d'oxydation et à favoriser ainsi l'élimination, sous forme de produits inoffensifs, des divers déchets organiques (auto-infection de A. Gautier, auto-intoxication de Ch. Bouchard). Toutefois les auto-intoxications intestinales ne sont pas sensiblement influencées par la spermine.

Disparition de l'empoisonnement saturnin par la substitution partielle de l'acide métastannique à la potée d'étain dans le polissage du cristal. — M. L. Guéroult. J'ai eu l'honneur de faire connaître à l'Académie, en 1891, les résultats favorables que j'avais obtenus, dès cette époque, à la cristallerie de Baccarat, par la substitution partielle de l'acide métastannique à la potée d'étain ordinaire pour le polissage du cristal. Je rappellerai qu'avant l'emploi de l'acide métastannique, en soixante-dix-neuf mois, de novembre 1884 à juillet 1891, sur 200 tailleurs de cristaux il y eut, à Baccarat, 39 malades, dont plusieurs avec récidives. Un succomba ; 4 furent empêchés dans leur travail, de sept mois à quatre années, par suite de paralysie saturnine ; 34 firent en tout 1.333 journées de maladie à l'hôpital. Au contraire, du 1er juillet 1891, date où fut employée la nouvelle potée, à novembre 1892, c'est-à-dire en dix-huit mois, on ne put constater, à la cristallerie où se faisait l'expérience, un seul cas d'intoxication saturnine sur les ouvriers tailleurs de cristal.

Le temps a confirmé ces heureux résultats que l'Académie récompensait en 1892 du prix Montyon (Arts insalubres). Je suis heureux de lui annoncer qu'après six ans et demi le succès est resté complet.

Le produit primitif (potée d'étain ordinaire) contenait 62 pour 100 de plomb. Le produit que j'ai substitué n'en contient plus que 20 pour 100, et il est difficile d'abaisser davantage le taux du plomb par addition d'acide métastannique, celui-ci adhérant alors trop fortement au cristal après polissage.

Il est bien remarquable de constater que, quoique encore plombifère, la nouvelle potée est devenue entièrement inoffensive, ainsi que le constate une lettre de M. le Dr J. Schmitt, médecin de la cristallerie de Baccarat.

Sur la décomposition du chloroforme dans l'organisme — MM. Desgrez et Nicloux. Le chloroforme est considéré comme ne subissant aucune transformation dans l'économie. Cette opinion est basée sur les expériences de Perrin et Lallemand qui ont établi que le chloroforme séjourne pendant un temps assez court dans certains organes (sang, foie, cerveau) et s'élimine par les voies ordinaires. L'un de nous a montré précédemment que le chloroforme se décompose, *in vitro*, dès la température ordinaire, en solution alcaline aqueuse, avec production d'oxyde de carbone. Comme la réaction générale de l'économie est alcaline, grâce au carbonate de sodium et à une certaine quantité de soude libre (C. Schmidt), ou faiblement combinée (A. Gautier), il nous a paru intéressant de rechercher si le chloroforme ne se décompose pas, dans l'organisme, en donnant également naissance à de l'oxyde de carbone. La fixation de ce gaz sur l'hémoglobine expliquerait certains accidents consécutifs à l'anesthésie, accidents que les analyses du chloroforme incriminé ne justifient pas toujours.

On sait que le spectroscope ne donne que des résultats incertains quand il s'agit de reconnaître une faible proportion d'oxyde de carbone combiné avec le sang. La sensibilité du grisoumètre de M. Gréhant est telle, au contraire, qu'il permet de déceler et de mesurer la proportion d'oxyde de carbone fixée par l'hémoglobine dans une atmosphère n'en renfermant que 1/60.000. Les résultats que nous publions ont été obtenus à l'aide de cet appareil. Nos expériences ont porté sur le chien dont le sang présente, d'après R. Drouin, une alcalinité voisine de celle du sang humain, quoique légèrement inférieure.

Si l'on rapporte les résultats obtenus sur le chien à un homme pesant 65 kilogrammes qui a 5 litres de sang, comparaison autorisée par la plus grande alcalinité du sang humain, on trouve qu'une anesthésie, entretenue pendant deux heures environ, comme il arrive dans certains cas, peut donner naissance à 0 cc. 52 $\times$ 50 = 26 cc. d'oxyde de carbone. On doit se demander si cette faible proportion de

(1) La pratique a montré que les bromures aussi bien que les acides minéraux enrayent l'action thérapeutique de la spermine. On ne sait encore rien de sûr de l'action des iodures. Peut-être ces sels agissent-ils en provoquant les formations des tribromures ou triiodures de spermine, comme la réaction de Florence.

La réaction caractéristique du sperme humain, réaction dite *de Florence* (formation de triiodospermine en présence de l'iodure de potassium ioduré), se produit très facilement avec la spermine ou le spermium-Poehl. On doit remarquer seulement que cette réaction est enrayée si l'alcool ou la glycérine sont présents.

gaz toxique peut être une cause de troubles pour l'organisme. Les recherches de M. Gréhant permettent de l'affirmer. Elles démontrent, en effet, que la capacité respiratoire, définie par le volume d'oxygène que 100 vol. de sang peuvent absorber, se trouve très sensiblement affaiblie dans une atmosphère ne renfermant qu'un dix-millième d'oxyde de carbone.

Pour prévenir une objection capitale, nous nous sommes assurés que l'eau chloroformée, soumise aux mêmes manipulations préparatoires que le sang analysé, ne donne aucune réduction au grisoumètre.

Sur quelques résultats comparatifs des méthodes cliniques ordinaires et de l'examen fluoroscopique dans les épanchements pleurétiques. — MM. Bergonié et Carrière. Comme suite à une note précédente de l'un de nous, confirmant le travail du professeur Bouchard sur l'examen fluoroscopique des lésions intra-thoraciques, nous venons apporter le résumé d'une nouvelle étude dans laquelle nous avons essayé de mettre en regard les méthodes ordinaires utilisées en clinique (percussion, auscultation, etc.) et l'examen sur l'écran fluoroscopique de l'ombre portée par le thorax placé entre un tube produisant les rayons X et cet écran.

Voici comment nous avons procédé :

Les examens clinique et fluoroscopique ont toujours été faits à quelques minutes d'intervalle, l'examen clinique précédant l'examen radioscopique et ses résultats étant aussitôt inscrits. Le malade était examiné dans les mêmes positions, assis ou couché, sur le même lit, choisi très transparent aux rayons X.

Pendant l'examen clinique, les zones de matité étaient limitées suivant le procédé indiqué par l'un de nous, d'abord au crayon dermographique, puis par un fil de plomb épousant le trait de crayon et maintenu au moyen d'un peu de collodion étendu au pinceau; on peut, par ce moyen, constater facilement la coïncidence ou la non-coïncidence des limites des zones d'opacité et de matité.

Pendant l'examen fluoroscopique, on a essayé d'éviter de nombreuses causes d'erreur, notamment celles provenant : 1° de la position du tube par rapport à l'épanchement; 2° de la distance du tube au thorax; 3° de la non-perpendicularité de l'écran à l'axe du faisceau divergent émané du tube; 4° de l'emploi d'un tube à plusieurs foyers ou sans foyer proprement dit.

On se mettait d'ailleurs dans les meilleures conditions en se servant de tubes neufs, peu résistants, ne devant faire qu'un court usage et fortement poussés, en conséquence, au moyen d'une très forte bobine.

Chacun de nos malades était examiné dans au moins quatre positions successives :

Tube en avant, tube en arrière, le malade étant assis; puis le malade étant successivement dans le décubitus dorsal et le décubitus ventral, le tube étant placé sous le lit; enfin, on a souvent ajouté l'examen dans le décubitus latéral droit et gauche, le tube étant placé parallèlement au plan du lit.

Nos observations ont été faites sur onze malades portant des épanchements pleurétiques. Cinq de ces malades avaient leur épanchement à gauche, cinq l'avaient à droite et le onzième avait un épanchement pleurétique double.

Voici le résumé des principaux résultats auxquels ces observations ont donné lieu :

1° La coïncidence des lignes d'opacité et de matité a été le plus souvent constatée; la non-coïncidence l'a été, notamment dans deux cas où l'on a retrouvé à l'autopsie des adhérences de la plèvre. Dans la deuxième observation l'épanchement aurait pu être méconnu par les méthodes cliniques, en particulier à cause de l'absence du signe du sou, auquel le professeur Pitres attache une valeur pathognomonique. L'examen fluoroscopique nous a permis de le déceler; l'adhérence du poumon à la face antérieure de la cage thoracique, constatée plus tard *de visu*, explique, nous semble-t-il, cette anomalie.

2° Nous avons pu voir nettement le déplacement du liquide : 1° avec les positions données au malade; 2° avec les mouvements du diaphragme. Nous n'avons pu noter aucun mouvement du liquide par la succussion hippocratique.

3° Les épanchements purulents nous ont paru d'une opacité moins intense que les épanchements séreux.

4° Nous avons observé trois fois les mouvements d'une zone opaque au niveau du médiastin pendant les mouvements respiratoires et dans les épanchements gauches.

5° Bien qu'ayant noté des mouvements du cœur pendant la respiration et une fois des mouvements du cœur se transmettant à la masse liquide, l'examen fluoroscopique nous a paru insuffisant pour étudier les déplacements de ce viscère.

6° Il nous a paru, au contraire, de la plus grande importance pour donner des renseignements sur l'état du poumon au-dessus de l'épanchement. Il complète les schémas de Grancher, permet de déceler les lésions bacillaires peu perceptibles aux moyens cliniques ordinaires et a une haute valeur pronostique.

Antagonisme entre le venin des Vespidæ et celui de la vipère : le premier vaccine contre le second. — M. C. Phisalix. Il existe dans le venin de frelons une substance qui a la propriété d'immuniser les animaux contre le venin de vipère. Cette substance n'est pas détruite par le chauffage à 120°; elle est en partie retenue par le filtre; elle est soluble dans l'alcool; ce n'est pas une matière albuminoïde; ce n'est pas non plus un alcaloïde; la connaissance de sa véritable nature exige de nouvelles recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 décembre 1897. — *Présidence de* M. Caventou.

Distribution des Prix de 1897

Prix de l'Académie : 1.000 fr. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 700 fr. à M. le Dr Rénon, de Paris; 2° 300 fr. à MM. les Drs Arnaud, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé à Limoges et Lafeuille, médecin aide-major au 63e régiment d'infanterie, à Limoges.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 fr. — Le prix est partagé entre M. le Dr Carrière, chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux et M. le Dr Moreigne (Henri), de Paris.

Prix François Joseph Audiffred : Un titre de 24.000 fr. de rente. — Non décerné.

Prix Barbier : 2.000 fr. — L'Académie décerne : 1° Un prix de 1.200 fr. à M. le Dr Calmette (A.), directeur de l'Ins-

titut Pasteur de Lille ; 2° Une mention honorable avec une somme de 800 fr. à M. le Dr Ducor (Paul), de Paris.

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 fr. — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Hallion (L.), chef des travaux au laboratoire de physiologie pathologique des Hautes Etudes et Comte (Ch.), préparateur au même laboratoire.

Elle accorde en outre :

Des mentions très honorables à M. le Dr Germe (Léon), d'Arras, décédé ; MM. les Drs Jolyet (F.), professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux et Viallanes (H.), ancien directeur de la station zoologique d'Arcachon. — Des mentions honorables à MM. les Drs Bérard (L.), et Destot (E.), de Lyon et M. le Dr Siraud, de Lyon.

Prix Henri Buignet : 1.500 fr. — Le prix est décerné à M. le Dr Denigès (Georges), professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Marage, de Paris.

Prix Capuron : 1.400 fr. — Un prix de 1.000 fr. est décerné à M. le Dr Censier, médecin de l'établissement thermal de Bagnoles de l'Orne. Une récompense de 400 fr. est accordée à M. le Dr Héraud, de Paris.

Prix Marie Chevallier : 6.000 fr. — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lalesque (F.), d'Arcachon.

Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les Drs Artault de Vevey (S.), Leray (Adolphe), Sergent (Emile), de Paris.

Prix Chevillon : 1.500 fr. — Un encouragement de 800 fr. est accordé à M. le Dr Livet (G.), de Paris.

Prix Civrieux : 1 000 fr. — Le prix est décerné à M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Vigouroux (Aug.), à Dun-sur-Auron (Cher), et M. Ducasse (M.), professeur de philosophie au Lycée d'Evreux.

Prix Daudet : 1.200 fr. — Une somme de 500 fr. est accordée à titre d'encouragement à M. le Dr Lairé (Emile), à Carignan (Ardennes).

Prix Desportes : 1.300 fr. — L'Académie décerne un prix de 700 fr. à M. le Dr Berthier (A.), médecin-major, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

Elle accorde en outre des mentions honorables avec une somme de 300 fr. à : M. le Dr Comby (J.), de Paris ; M. le Dr Petit (René), de Tours.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1.500 à M. Page ; 2° 1.700 fr. à M. Griner.

Prix Ernest Godard : 1.000 fr. — L'Académie décerne : Un prix de 700 fr. à M. Lapointe (André), aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris ; un prix de 300 fr. à M. le Dr Huguet (J.), médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa.

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 3.000 fr. — L'Académie décerne : un prix de 2.000 fr. à M. le Dr Voisin (J.), de Paris.

Des mentions honorables avec une somme de 500 fr. à : M. le Dr Auvray (Maurice), de Paris ; M. le Dr Chipault, de Paris.

Des mentions honorables à : MM. les Drs Clozier, de Beauvais ; de Massary (Ernest), de Paris et Mirallie (Charles), de Nantes.

Prix Itard : 2.400 fr. — Un prix de 1.200 fr. est décerné à M. le Dr Grasset (J.), professeur à la Faculté de Montpellier, et M. le Dr Rauzier (G.), professeur agrégé à la même Faculté.

L'Académie accorde en outre : Une mention honorable avec une somme de 600 fr. à M. le Dr Lyon (Gaston), de Paris ; une mention honorable, avec une somme de 600 fr. à M. le Dr Marfan (A.-B.), de Paris.

Prix Laborie : 5.000 fr. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1.000 fr. à M. le Dr Auvray (Maurice), prosecteur à la Faculté de médecine de Paris ; 1.000 fr. à M. le Dr Berard (Léon), prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon ; 1 000 fr. à M. le Dr Delbet (Pierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; 1.000 fr. à M. le Dr Martin (Claude), de Lyon ; 1.000 fr. à MM. les Drs Tuffier et Hallion, de Paris.

Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les Drs Cahier (L.), médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Bayonne ; Larger (R.), de Maisons-Laffitte, et Lermoyez (Marcel), de Paris.

Prix du baron Larrey : 500 fr. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre de récompense : 200 fr. à MM. les Drs Burot (F.), médecin principal, et Vincent (L.), médecin en chef de la marine à Rochefort ; 150 fr. à M. le Dr Lepage (G.), de Paris ; 150 fr. à M. le Dr Marvaud (A.), médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 17e corps d'armée à Toulouse.

Des mentions honorables sont accordées à : M. le Dr Cassedebat (A.), médecin-major de 1re classe au 2e régiment de zouaves, à Oran, et M. le Dr Roure, de Valence (Drôme).

Prix Laval : 1.000 fr. — L'Académie décerne le prix à M. Vaslet de Fontaubert, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2.600 fr. — L'Académie décerne : 1° un prix de 1.600 fr. à M. le Dr Hocquard (E.), médecin chef de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr ; 2° une mention honorable avec une somme de 1.000 fr. à M. Stadfeldt (A.-E.), de Copenhague ; 3° une mention honorable à M. le Dr Morax (V.), de Paris.

Prix Nativelle : 300 fr. — Le prix est décerné à M. Macquaire, pharmacien à Paris, auteur de ce mémoire.

Prix Oulmont : 1.000 fr. — L'Académie décerne le prix à M. Claude (Henri), interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal : 600 francs. — L'Académie accorde : Une mention honorable à M. le Dr Plicque (A.-F.), chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière ; une mention honorable à M. Lévi (Charles), interne à l'hôpital Laënnec.

Prix Philippe Ricord : 600 fr. — L'Académie décerne un prix de 400 fr. à M. le Dr Sée (Marcel), de Paris.

Elle accorde en outre : une mention très honorable avec une somme de 100 fr. à M. le Dr Huguet (J.), médecin chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa (Algérie) ; une mention très honorable, avec une somme de 100 fr., à M. le Dr Lamy (Henri), de Paris.

Prix Vernois : 700 fr. — L'Académie décerne : Un prix de 500 fr. à M. le Dr Castaing, médecin principal de 2e classe, médecin chef de l'hôpital mixte de Poitiers ; un prix de 200 fr. à M. le Dr Bordas, sous-directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris.

Des mentions honorables sont accordées à : MM. les Drs Arnaud (François), de Marseille, Thierry (Henry), de Paris, et Matignon (J.-J.), médecin aide-major de 1re classe, attaché à la légation de la République Française à Pékin.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

1° *Rappels de médailles d'or*, à : M. le Dr Willm, de Lille ; . le Dr Philbert (E.), de Bride-les-Bains.

2° *Médaille de vermeil*, à : M. le Dr Garrigou (E.), de Tou- ouse.

3° *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Dresch, d'Ax ; Félix Bruxelles ; Morice (G.), de Néris-les-Bains ; Roland (F.), Divonne-les-Bains ; Verdenal, d'Eaux-Chaudes.

4° *Rappels de médailles d'argent*, à : MM. les Drs Belugou ., de La Malou-les-Bains ; Cazaux (M.), des Eaux-Bonnes ; ensier, de Bagnoles-de-l'Orne ; Chiaïs (F.), d'Évian-les-Bains; aissus (A.), de Salins-Moutiers.

5° *Médailles de bronze*, à : MM. les Drs Bernard (F.), de lombières ; Niepce, d'Allevard ; M. le professeur Podwis- otsky, de Kieff ; M. le Dr Poulain (E.), de Bagnoles-de- Orne.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES

1° *Rappels de médailles d'or à* : MM. les Drs Blanquinque, e Laon ; Lallemant, de Dieppe ; Le Roy des Barres, de aint-Denis ; Pennetier (Georges), de Rouen.

2° *Médailles de vermeil* à : MM. les Drs Balestre, de Nice ; ard (L.), de Lyon. Vergely, de Bordeaux.

3° *Médailles d'argent* à : MM. les Drs Bauzon (Jules), de hâlon-sur-Saône ; Domergue (Albert), de Marseille ; Faidherbe Alexandre), de Roubaix ; Heydenreich, de Nancy ; Hublé Martial), médecin-major de 2e classe à la Direction du ser- ice de santé à Nantes.

4° *Rappels de médailles d'argent* à : MM. les Drs André, de oulouse ; André (E.-L.), médecin-major de 1re classe à An- ers ; Anfrun, de Saint-Pierre d'Oléron ; Bardy, de Belfort ; assères (François), médecin-major de 2e classe à Alger ; astiou, de Lanion ; Cavaillon, de Carpentras ; Favier Henri), médecin-major de 1re classe au 145e régiment d'in- anterie à Maubeuge ; Geschwind, médecin principal de re classe à Bayonne ; Gorez, de Lille ; Lenoel (J.), d'Amiens ; esueur, de Bernay ; Mantel (Paul), de Saint-Omer ; Mathieu, e Vassy ; Pauthier (H.), de Senlis ; Pujos, d'Auch ; Raynaud, .), d'Alger ; Rousseaux, de Vouziers.

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Blaise (H.), d'Alger ; uchenne (Henry), de Sainte-Anne-d'Auray ; Gèghre, de Mas- ara ; Goumy (A.), médecin-major au 9e régiment de cuiras- iers et Cozette, vétérinaire à Noyon ; Loir (Adrien), direc- eur de l'Institut Pasteur, à Tunis ; Martin (Louis), de Pri- as ; Marty, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire e Belfort ; Millet (L.-J.), médecin principal de 2e classe, à eims ; Poujol (J.), médecin-major de 2e classe à El-Goléa ; egimbart, à Evreux ; Tarrieux, médecin-major de 1re classe, u 17e régiment d'infanterie à Rodez.

6° *Rappels de médailles de bronze*, à : MM. les Drs Bara- ier (A.), de Jeugny (Aube) ; Boquin, d'Autun ; Boyer Albert), de Commercy ; Cassedebat (A.), médecin-major de re classe au 2e régiment de zouaves, à Oran ; Cerf-Mayer, de rest ; Comte (Henri), médecin-major de 1re classe au 28e ré- iment d'infanterie, à Paris ; Cordillot (Ernest-Jean), mé- ecin aide-major de 1re classe au 5e régiment de chasseurs 'Afrique, à Orléansville ; de la Croix, de Lisieux ; Dupuy L.-E.), médecin de l'hôpital de Saint-Denis ; de Font-Réaulx, e Saint-Junien ; Foucault, de Fontainebleau ; Grizou, de hâlons-sur-Marne ; Guiol, médecin en chef des hos- ices de Toulon ; Hoel, de Reims ; Legros, de Rochefort ; Évêque, de Montdidier ; Merz (Georges-Hermann), médecin- ajor de 1re classe au 96e régiment d'infanterie, à Gap ; Re- nard, directeur du service de santé, du 1er corps d'armée à Lille ; Toussaint (Henri), médecin-major de 1re classe au 26e régiment d'infanterie, à Nancy.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° *Médaille d'or* : M. Delage (A.), inspecteur départemental du service des Enfants assistés, à Bordeaux.

2° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Augé, à Reuilly (Indre) ; Dufour (L.), à Fécamp ; Dumée, à Nemours (Seine-et-Marne) ; Gauchas, à Paris ; Grosjean, à Montmirail (Marne).

3° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les Drs Barthès (E.), à Chartres ; Delobel, à Noyon (Oise) ; Doumic, à Poissy (Seine-et-Oise), décédé ; Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher) ; Gaudeffroy, à Vatan (Indre) ; Picard, à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher) ; Regnoul, à Villeneuve-la-Guyard (Yonne) ; Sutils, à La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

4° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Auger (G.), à Bolbec (Seine-Inférieure) ; Bec, à Avignon) ; Carbon de la Carrière (G.), à Paris ; Combe (A.), à Lausanne (Suisse) ; Dermigny, à Saint-Simon (Aisne) ; Dupont (J.), à Nogent-sur-Vernisson (Loiret) ; Girat fils (E.), à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre) ; Lauth, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; Lebault, à Saint-Vit (Doubs) ; Pelvet, à Vire (Calvados) ; Villard, à Verdun (Meuse).

5° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Drs Baratier (A.), à Jeugny (Aube) ; Bauzon (J.), à Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire) ; Durand-Desmons, à Melun ; Joly, à Fauquembergues (Pas-de-Calais) ; Toussaint (H.), médecin-major de 1re classe au 26e régiment d'infanterie, à Nancy.

6° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Bouju (L.), à Orléans ; Boutet, à Orgerus (Seine-et-Oise) ; Chabenat, à La Châtre (Indre) ; Chavanon (A.), à La Rochelle ; Frémicourt, à Jaulgonne (Aisne) ; Gailhard, à Tours ; Laurent, à Saint-Saulge (Nièvre) ; Pepin (Ch.), à Dinan.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1897. — Présidence de M. Debove.

Pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre. — M. Courtois-Suffit rapporte un cas de pleurésie putride semblable à celui que MM. Widal et Nobécourt ont communiqué dans la précédente séance.

Un homme de 23 ans entre à l'hôpital avec les signes ordinaires d'une pleurésie aiguë droite à épanchement moyen. Rien dans l'ensemble des symptômes ne pouvait faire songer à l'existence d'un épanchement *purulent*. Après une dizaine de jours, le liquide ayant une tendance manifeste à augmenter, et les signes généraux paraissant devenir plus graves, la thoracentèse fut pratiquée et donna issue à un litre de liquide purulent d'une extrême fétidité.

Le surlendemain de la ponction existait, du côté de l'épanchement, un vaste gonflement rougeâtre de la peau, commençant à 1 centimètre au-dessous du point d'entrée du trocart et produit par une infiltration de gaz et de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané du thorax.

L'opération de l'empyème fut pratiquée, la plèvre lavée avec une solution de permanganate de potasse.

La mort survint quelques jours après.

L'autopsie permit de remarquer qu'il n'existait aucune trace de gangrène, ni sur le poumon, ni sur la plèvre. Les

recherches bactériologiques démontrèrent à l'examen lamellaire une très grande quantité de germes, en même temps que la stérilité absolue de tous les milieux ensemencés directement avec le pus.

M. Widal. Il faut établir une différence formelle entre cet emphysème sous-cutané, consécutif à la ponction d'un pneumothorax, et l'emphysème sous-cutané que nous avons observé chez notre malade. Le premier est d'origine mécanique, le second d'origine infectieuse. Ce que nous avons vu évoluer, c'est un véritable abcès gazeux, avec phénomènes inflammatoires aigus ; il était dû, croyons-nous, à la pullulation des germes que l'aiguille, en se retirant, avait semés sur son trajet. La présence de ce symptôme ajoute même un nouvel intérêt à notre observation et la complète : il démontre qu'une infection a pu avoir le même résultat dans la plèvre et dans le tissu cellulaire, c'est-à-dire la production d'un épanchement gazeux.

Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. — M. Louis Guinon. La contagion de la fièvre typhoïde dans les services hospitaliers a été niée par quelques auteurs, considérée comme rare par d'autres. On a cherché à expliquer certains de ces cas intérieurs par ce fait que les malades avaient bu de l'eau contaminée. On ne peut en dire autant de trois faits que j'ai observés à l'hôpital des Enfants-Malades. Ils concernent trois garcons de cinq, six et douze ans, qui étaient atteints, l'un de poliomyélite aiguë, le second de purpura simple récidivant, le troisième de bronchite. Ils présentèrent les premiers signes de l'infection typhique, quarante jours, vingt et un jours et quarante jours après leur entrée. Tous trois ont donné la séro-réaction positive et ont guéri au bout de deux ou trois semaines.

A ce moment régnait une épidémie de fièvre typhoïde et la salle qu'occupaient ces enfants contenait des cas graves qu'on traitait par les bains froids ; cette salle était mal éclairée, mal ventilée et encombrée. Il n'en faut pas plus pour expliquer la contagion de ces trois enfants. On ne peut, en effet, invoquer d'autre mode d'infection, parce que, pour deux au moins, l'hospitalisation déjà ancienne éloignait la possibilité d'une infection en ville. D'autre part, ces enfants, tenus au lit, ne buvant que des tisanes ou du lait, n'ont pu se contaminer en buvant de l'eau infectée.

Incontinence de l'urine et des matières fécales dans la paraplégie liée aux névrites alcooliques. — MM. Gilles de la Tourette et G. Gasne. L'incontinence des urines et des matières fécales chez les paraplégiques est un des meilleurs arguments en faveur d'une localisation médullaire de l'affection génératrice de la paraplégie. Aussi trois malades de cet ordre, que nous avons observés, avaient été considérés comme des myélitiques incurables. Or, tous trois ont guéri, après section des rétractions fibro-tendineuses, et de leur paraplégie et de leur incontinence.

Au diagnostic de myélite nous avions pu substituer celui de névrite d'origine alcoolique. Dans ces cas l'analyse des symptômes nous permit d'établir que l'incontinence, bien qu'effective, n'existait pas en réalité. En effet, au lieu d'être mise au compte d'une véritable paralysie des sphincters attribuable à une lésion de la moelle ou de la queue de cheval, elle relevait directement de la psychose polynévritique. Sous l'influence de cet état mental le sujet, oublieux à chaque instant des faits les plus récents et les plus usuels, urine dans son lit au lieu de demander le bassin.

Cette incontinence peut prêter à des erreurs de diagnostic extrêmement préjudiciables, d'autant qu'il s'y ajoute parfois une exagération temporaire des réflexes que nous n'avons pas vu mentionnée dans les paralysies alcooliques.

Les précédentes considérations s'appliquent d'ailleurs à toutes les polynévrites.

M. Gilbert Ballet. — Un cas récent m'a permis de constater l'existence de lésions médullaires chez une malade atteinte de névrite périphérique. Cette malade avait de troubles sphinctériens très marqués. A l'autopsie, la moelle paraissait saine, mais à l'examen microscopique j'ai constaté des lésions très étendues de la substance médullaire. L'aspect de ces lésions était celui qu'on rencontre dans la moelle à la suite de sections des nerfs périphériques. Elles étaient donc bien secondaires aux altérations des nerfs périphériques.

La ménopause et le rein. — M. Le Gendre. Au moment de la ménopause, chez certaines femmes, la diminution, les retards, la suppression de l'écoulement sanguin menstruel peuvent provoquer, à un degré variable, la congestion rénale avec un cortège d'accidents qu'il est utile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître. Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie ou une hématurie passagère ; souvent des douleurs lombaires, des nausées et des vomiturations, une céphalalgie intense. Ils peuvent être prévenus, atténués ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués et en tout cas il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein qui devient turgescent, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut dégré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante par suite des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est rétardé ou insuffisant.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 décembre 1897. — Présidence de M. Besnier.

Observations de lupus tuberculeux traités par les injections hypodermiques de calomel. — M. Dubois-Havenith (de Bruxelles). J'ai avancé que l'injection de calomel ne pouvait plus être considérée d'une manière absolue comme la pierre de touche de la syphilis. Un de mes élèves, le Dr Asselbergs, a recueilli 14 observations de lupeux soumis exclusivement et systématiquement aux injections de calomel. Cette action est surtout sensible lors des premières injections ; elle s'atténue progressivement à mesure que leur nombre augmente. Ce sont surtout les infiltrations et les ulcérations qui subissent les premières l'influence de ces injections. Cependant il est certain que le tubercule peut participer à la régression générale. La guérison complète obtenue dans plusieurs cas le démontre péremptoirement. Je dis à dessein « peut participer », car la persistance habituelle de nodules et leur réapparition au sein des cica

rices ne permettent pas de considérer l'injection de calomel comme un remède spécifique du lupus.

Traitement du chancre mou. — M. Verchère lit une lettre du Dr Haralambo, de Bucharest, qui a essayé de traiter le chancre mou par les courants d'air chaud avec un appareil à peu près identique à celui qui a été employé par Hollaender (de Berlin) pour le traitement du lupus vulgaire. L'auteur enverra ultérieurement le résultat de ses essais qu'il n'a fait que commencer.

Crevasses chancriformes du mamelon. — MM. Balzer et Michaut montrent un moulage représentant des crevasses du mamelon ayant tous les caractères de chancres syphilitiques, sauf qu'il n'existe pas d'induration sous-chancreuse, ni d'adénopathie axillaire. Enfin le nourrisson de la femme qui a fourni cette observation ne présente aucune trace de syphilis. Ce cas est d'une importance capitale au point de vue médico-légal.

Ichthyose. — M. Fournier présente, au nom du Dr Avezou, un homme atteint d'ichthyose généralisée, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds, et connu dans les foires sous le nom d'*Homme-poisson*. Cet homme présente d'une part à la face dorsale des doigts des cônes cornumpilaires assez analogues à ceux qu'on observe dans le pityriasis de Devergie et d'autre part une alopécie presque totale de la tête, des aisselles et de la région pubienne. Le malade est d'une famille de 7 enfants dont 3 sont atteints d'ichthyose congénitale. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires chez les parents.

Cas de syphilis héréditaire. — M. Fournier présente une petite fille qui porte à la jambe droite une gomme et à la jambe gauche plusieurs autres gommes. Cette enfant avait été traitée pour de la scrofule ; or elle présente des signes de syphilis héréditaire : dents en tourne-vis, infantilisme, marche tardive.

M. Fournier montre un garçon atteint de syphilide tuberculeuse en voie de guérison et de glossite tertiaire, un autre garçon atteint d'épilepsie et de strabisme, suite d'hérédo-syphilis.

Sur un quatrième fait d'acro-dermatites continues suppuratives. — H. Hallopeau. L'histoire de ce nouveau type morbide peut être conçue ainsi qu'il suit : pénétration par un traumatisme de staphylocoques sous l'épiderme d'une extrémité digitale ou de la paume d'une des mains ; prolifération de ces microbes pathogènes ; réactions locales sous forme d'érythèmes et de traînées purulentes polymorphes, défaut d'évacuation, en raison de l'épaisseur que présente l'épiderme dans ces régions, des produits de suppuration et des microbes ; extension progressive des altérations dans toute la région où l'épiderme présente ces mêmes caractères ; troubles tropho-névrotiques réflexes dans l'extrémité correspondante qui devient un terrain de culture favorable à l'invasion et à la multiplication des mêmes microbes pathogènes ; extension progressive des altérations à cette autre extrémité, déformation en massue des dernières phalanges, déviation des doigts comparable à celle du rhumatisme noueux, résistance des altérations à tous les traitements en raison de l'impossibilité d'atteindre l'agent infectieux sous cette épaisse couche épidermique, poussées secondaires du côté des autres parties du corps et de la muqueuse buccale, défaut d'infection généralisée ; la dénomination d'acro-dermatite continue à l'avantage d'indiquer les caractères essentiels de cette maladie sans indiquer aucune hypothèse.

Sur les folliculites séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer. — MM. H. Hallopeau et J. Laffitte. Il résulte de ce travail les faits suivants : l'eczéma séborrhéique peut se compliquer de folliculites suppuratives ; ces folliculites sont remarquables par leur tendance à récidiver incessamment pendant un long laps de temps ; leurs sièges de prédilection sont la barbe, le pubis, la face interne des cuisses : on les observe également au cuir chevelu, dans les aisselles et au pourtour de tous les poils adultes du tronc et des membres ; elles paraissent dues à l'invasion des follicules pilo-sébacés par des staphylocoques dorés ; sans doute ces parasites y trouvent un terrain qui leur est devenu favorable sous l'influence des produits engendrés par les microbes propres à cet eczéma ; ces folliculites amènent le plus souvent la chute des poils intéressés ; il peut en résulter un état presque complétement glabre des parties atteintes ; ces dépilations peuvent n'être pas définitives, elles persistent cependant très longtemps sous l'influence de récidives continues des folliculites.

Ulcérations papillomateuses de la jambe. — M. du Castel présente un malade qui est entré dans son service au mois de juillet dernier pour deux ulcérations végétantes et suppurées de la jambe gauche. A son retour des vacances, M. Du Castel trouva le malade guéri. Mais celui-ci présente de nouveau depuis quelques jours une ulcération située au-dessous des cicatrices précédentes, de la largeur de la main, papillomateuse, saignant facilement, avec une zone inflammatoire à la périphérie et quelques vésicules. Il ne s'agit pas ici de trichophytie, mais peut-être de tuberculose ou du bouton de Biskra.

M. Danlos présente :

1° Une malade ayant un *chancre syphilitique* de l'amygdale.

2° Un cas de *lupus érythémateux des extrémités digitales*. M. Hallopeau conteste ce diagnostic et croit à une variété particulière d'acrodermite non suppurative.

3° Un homme atteint de *melanodermie pédiculaire avec taches ardoisées sur la muqueuse des joues* et sur le bord de la langue. Ce malade n'offre aucun signe de cachexie addisonienne. Pas d'intoxication appréciable, pas de tuberculose, pas de cancer du foie ni de diabète bronzé (gros foie). Outre la phthiriase on constate de la bronchite emphysémateuse et de l'artério-sclérose (gros cœur, bruit de galop, albuminerie, etc.)

4° Une femme âgée de 60 ans, suspecte de tuberculose, ichthyosique dès l'enfance et atteinte depuis quelques années d'une *érythrodermie en réseau*. La rougeur presque limitée aux parties habituellement couvertes (tronc, cuisses, bras) se présente sous forme de minces lignes anastamosées comme si on avait placé sur le corps un filet rouge. Dans les mailles la peau apparait blanche mais ichthyosique. Pas de prurit ni de dermographisme ; pas de phénomène d'asphyxie locale. La malade nerveuse attribue cette érythrodermie à de violents chagrins. Elle se plaint uniquement d'éprouver une telle sensibilité au froid que depuis plusieurs années elle ne sort pas de l'hiver.

Cas de lésions pilo-sébacées en placards de nature indéterminée. — MM. Gastou et Emery. Le malade, âgé de 20 ans, est un ancien éthylique quoique jeune. Il y a six mois sont survenus sur la peau des placards, légèrement pigmentés, prurigineux, dont l'aspect rappelle la « chair de poule ».

Cet aspect est dû à de petits cônes centrés d'un point noir ou terminés par une masse filiforme sébacée que l'on

fait sourdre par la pression. Les placards rapeux au doigt ont la dimension de la paume de la main, sont irrégulièrement disséminés sur le corps et ne s'accompagnent pas d'autres phénomènes éruptifs.

Histologiquement les follicules pilo-sébacés sont altérés, la couche cornée est épaissie, il existe des masses cornées aux orifices pilaires. Les glandes sudoripares sont également malades, la région papillaire ne présente pas de lésions.

L'évolution seule donnera la clef du diagnostic, car on ne pourrait dire de par les caractères cliniques et anatomiques s'il s'agit de pityriasis pilaire au début, d'acné sébacée concrète ou de toute autre altération dystrophique pilo-sébacée.

Dactylites suppuratives à streptocoque à poussées successives. — M. Gastou. Le malade, âgé de 10 ans, a depuis l'âge de 4 ans des poussées successives de bronchites alternant avec des dactylites suppurées des doigts des mains et des pieds. La constatation du streptocoque dans le pus des doigts, fait rapprocher ces dactylites de certaines affections streptococciques à poussées successives se montrant quelquefois chez certains malades.

Aucun antécédent nerveux ou morbide soit héréditaire, soit acquis, aucune cause d'appel ne peut expliquer la localisation streptococcique à l'extrémité des doigts qui présentent tous l'aspect de l'hypertrophie pneumique.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Martin Durr annonce à la Société qu'il est prêt à la discussion de son rapport sur les expertises médico-légales, s'il plaît à la Société de procéder aujourd'hui à cette discussion.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — Revue des travaux scientifiques (ministère de l'Instruction publique), tome XVII nos 8 et 9. — Bulletin de la Société de tempérance, 1897, n° 7. — Rapports présentés par l'Académie de médecine sur les vaccinations et revaccinations pendant les années 1894 et 1895. — Rapports de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance (Dr Charpentier, rapporteur) présentés par l'Académie de médecine. Années 1895-96. — Plusieurs ouvrages du Dr Christmas, à l'appui de sa candidature.

Correspondance manuscrite. — Lettre du Dr Christmas posant sa candidature au titre de membre titulaire; parrains : MM. Bouloumié et Apostoli. — Deux lettres du Dr Anastasiadès accompagnant l'envoi de trois plis cachetés, ces trois plis ont été reçus aux dates des 14, 16, et 19 novembre. — Lettre de M. Buret posant sa candidature au titre de Secrétaire général. — Lettre de M. Chervin demandant l'annulation du vote de la dernière séance en raison de l'absence de majorité. — Lettre de M. Duquaire, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant. — Lettre de M. Viennois (de Lyon) qui annonce que son état de santé est meilleur et envoie ses compliments à la Société.

A propos de la lettre de M. Chervin, une discussion s'engage à la suite de laquelle la société décide de procéder à un nou-veau vote dans la prochaine séance.

M. Polaillon fait un rapport oral très favorable sur les travaux et la candidature de M. Jaboulay (de Lyon), chirurgien auquel est due la sympathicotomie, opération qui a déjà donné des résultats fort remarquables, mais sur lesquels il est bon d'attendre que le temps ait prononcé.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. Abadie. — **Traitement et nature du goître exophtalmique.** (*Sera publié.*)

M. de Ranse fait observer que la maladie de Basedow ne présente pas toujours les caractères essentiels que décrit M. Abadie. Il y a souvent des formes fausses, atténuées, ne répondant pas à l'ensemble des signes typiques, mais se manifestant par quelques symptômes. Comment M. Abadie explique-t-il ces formes par sa théorie et quelles applications pratiques conseille-t-il dans ces cas?

M. Jullien fait quelques réserves sur l'expression d'empirique appliquée par M. Abadie à l'intervention de M. Jaboulay. M. Jaboulay n'a pas agi par empirisme, mais après un travail réfléchi et des déductions certaines. Il n'a cessé lui-même de protester contre cette imputation d'avoir réussi par hasard.

M. Abadie répond à M. de Ranse que dans l'étude d'une maladie il faut prendre les cas typiques, classiques, réunissant l'ensemble des symptômes. C'est ce qu'il a fait, et suivant sa théorie, la section du sympathique cervical ne s'attaque pas à tous les symptômes de la maladie de Basedow, mais à l'hypertrophie thyroïdienne et à l'exophthalmie. Il s'en suit que souvent les autres signes sont atténués. Mais souvent aussi la tachycardie subsiste, et si l'on voulait la faire cesser, il faudrait s'attaquer aux nerfs du cœur, ou tout au moins sectionner le sympathique cervical beaucoup trop bas, ce qui entraînerait la mort. C'est ce qui explique pourquoi la tachycardie reste inattaquable dans le traitement, et pourquoi les cas qui ne répondent pas au goître exophthalmique essentiel ne sont pas passibles du traitement par la section du sympathique.

M. Abadie répond à M. Jullien qu'il a été le premier à rendre justice à M. Jaboulay, mais il ne croit pas faire injure à ce dernier en maintenant l'idée que M. Jaboulay a agi empiriquement. La meilleure preuve c'est que M. Jaboulay a essayé la section du symphatique cervical pour le traitement d'autres affections, et en ce qui concerne la maladie de Basedow, il ne paraît avoir aucune idée précise sur cette affection, car il combat la théorie de M. Abadie sans lui en opposer aucune autre.

M. Voisin accepte pleinement la théorie de M. Abadie sur l'action paralysante du sympathique dans la production du goître. Autrefois, travaillant avec Claude Bernard, il a été amené à faire quelques expériences sur l'action du curare : or les injections sous-cutanées du curare déterminaient l'exophthalmie, ce qui est un fait bien en rapport avec les idées de M. Abadie.

M. Dubuc fait observer que dans la théorie d'Abadie il s'agit d'une action vasodilatatrice, et non d'une action paralysante.

M. Voisin. Ces deux actions sont équivalentes, les effets étaient les mêmes.

M. de Beauvais, envisageant les cas visés par M. de Ranse, estime que dans ces formes frustes le traitement médical ne doit pas être abandonné; pour sa part il se rappelle,

itre autres cas, celui d'une malade atteinte de goître ophthalmique à forme atténuée, mais présentant une ophthalmie légère accompagnée de sueurs profuses et de chycardie. Elle fut traitée par le bromure, l'arsenic et ydrothérapie, et l'on obtint une guérison complète.

M. Dolléris ajoute qu'à côté de la maladie de Basedow oprement dite, et des formes frustes de goître exophthalique, il y a encore des pseudo-goîtres se manifestant par ertains symptômes d'exophthalmie, et produits par des ffections à distance. Il peut citer entre autres cas l'obseration d'une femme atteinte de fibrome utérin qui présenait de l'exophthalmie. L'opération du fibrome entraîna la uérison de tous les signes d'exophthalmie.

M. Gillebert Dhercourt a eu l'occasion d'observer et de uivre un certain nombre de malades atteints de goître xophthalmique. Pour lui, il n'a jamais observé aucun ésultat par le traitement médical, et il pense que l'interention chirurgicale est le seul traitement applicable à ces nalades.

M. Abadie termine la discussion en déclarant qu'il ne prétend pas étendre sa théorie à toutes les formes de goître. Mais il y a une forme essentielle, typique, qui jusqu'ici a été considérée comme incurable, et qui entraîne souvent a perte des deux yeux. Or les faits acquis jusqu'à ce jour nontrent que, par sa théorie et par son application, cette orme grave est désormais curable.

Élections. — M. Adelstan de Martigny est nommé à l'unanimité membre corespondant étranger.

Renouvellement du Bureau.

Élection du président. — Nombre de votants : 31.

M. Voisin a obtenu..... 30 voix
Bulletin blanc..... 1 —

Élection du vice-président. — Nombre de votants : 36.

MM. Jullien..... 31 voix.
Larcher..... 1 —
Gillebert Dhercourt..... 1 —
Bulletins blancs..... 2 —
Bulletin nul..... 1 —

Élection du secrétaire-général. — Nombre de votants : 36.

MM. Martin Durr..... 20 voix.
Buret..... 15 —
Mouzon..... 1 —

Élection des deux secrétaires annuels.
Nombre de votants : 32.

MM. Mouzon..... 28 voix.
Sibut..... 28 —
Gillebert Dhercourt..... 1 —
de Grandcourt..... 1 —
Brossard..... 1 —

Élection de deux membres du Conseil d'administration.
Nombre de votants : 25.

MM. Christian..... 24 voix.
Bouloumié..... 24 —
Bulletin blanc..... 1 —

Election des membres du Comité de publication.
Nombre de votants : 26.

MM. Christian..... 21 voix.
Polaillon..... 22 —
Mouzon..... 22 —
Sibut..... 22 —
Dubuc..... 1 —
Ladreit de Lacharrière..... 1 —
Bulletin blanc..... 1 —

En conséquence, le Bureau pour l'année 1898 est constitué de la façon suivante :

Président.....	MM. A. Voisin.
Vice-président.....	Jullien.
Secrétaire général.....	Martin Durr.
Secrétaires annuels.....	Mouzon et Sibut.
Archiviste.....	Pellier.
Trésorier.....	Gillebert Dhercourt.
Conseil d'administration....	Christian et Bouloumié.
Comité de publication.....	Christian, Polaillon, Mouzon, Sibut.

La séance est levée à 6 h. 5.

Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Hystérectomie abdominale totale. — M. Poirier. On a à tort appelé procédé de choix l'hystérectomie abdominale totale — elle est plus grave que l'hystérectomie sus-vaginale — et celle-ci mériterait plutôt cette appellation.

M. Tuffier. Je dois dire que le traitement de choix des fibrômes varie suivant les cas. L'hystérectomie vaginale reste le procédé pour les petits fibrômes, l'hystérectomie abdominale pour les gros.

Je préconise l'oblitération des artères utérines dans l'hystérectomie abdominale totale — je laisse les annexes dans tous les cas où on peut le faire — car je ne crois pas qu'il est indifférent de supprimer la fonction annexielle.

M. Reclus. Je ne me préoccupe pas autant que mes collègues de la ligature de l'utérine. Celle-ci est largement découverte, bien accessible et rien ne m'a semblé difficile dans l'hémostase.

M. Richelot. Sur le terrain du manuel opératoire l'hystérectomie s'est modifiée et améliorée dans toutes les mains des chirurgiens. Peu à peu nous avons été ralliés au procédé de Vielly. Segond a cherché de grandes différences entre mon procédé et celui de Vielly.

Les principes dont se réclament nos procédés sont à peu près les mêmes, simplicité instrumentale, suppression des procédés d'auteurs. J'isole l'utérus comme une tumeur quelconque au milieu des tissus, suppression de fils de soie, de corps étrangers dans l'abdomen, absence de surface rugueuse et irrégulière en contact avec l'intestin; enfin abandon systématique de tout ce qu'il n'est pas utile de faire.

Le seule bascule d'un côté de l'utérus, désinséré d'un côté par section du ligament large, est la seule caractéristique du procédé américain et lui appartient en propre. Dans mon procédé, je sectionne des deux côtés et de haut en bas, mais l'hémostase est aussi simple.

L'hystérectomie abdominale totale appliquée aux suppurations pelviennes doit évidemment être réservée à certains cas qui ne sont pas justiciables de l'hystérectomie vaginale.

Dans mon procédé je taille monlambeau postérieur antérieur et en le déchirant de chaque côté, j'entre dans mon tissu paramétrique, je lie l'utérine et alors je peux enlever mon utérus. Je fais un Doyen retourné, mais facile parce

que les poches purulentes occupent le Douglas et laissent libres la paroi antérieure de l'utérus. Ici encore je traite le ligament largé de bas en haut, ce qui me permet aussi d'attaquer par en bas la poche purulente. On voit ce que l'on fait, on a des chances de ne pas rompre la poche et si on la rompt, le pus risquera heureusement de s'écouler par le vagin.

Cure radicale d'une grosse hernie inguinale. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Gillis (de Montpellier).

Un cas de péritonite herniaire. — M. Picqué fait un rapport sur une observation adressée par M. Lemonnier (de Rennes).

Anus contre nature suite de hernie crurale gangrénée. Entérectomie et enterorrhaphie. Guérison. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Grinda (de Nice).

Hématome du coude ; ostéome du brachial antérieur en 15 jours. Extirpation Guérison. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Brault (d'Alger).

De la méthode nasale. Incision médiane pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens. — M. Gaudier (de Lille). M. Picqué fait un rapport.

Rate accessoire. Ablation. Guérison. — Observation par M. Témoin (de Bourges).

Présentation d'une radiographie montrant un sou arrêté dans l'œsophage d'un enfant. — Ablation avec le panier de Grœfe. Guérison, par M. Jalaguier.

Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

1. MM. Piquand, Menet, Roland, Mathieu, Braunberger, Osty, Stepinski, Berruyer, Thaon, Bauer.

11. Dromard, Camus (M.), Roux (M.), Le Play, Demarque, Lacombe, Devé, Saint-Cyr, Durand-Viel, Dehau.

21. Gourmaud, Bacaresse, Dehérain, Delaunay, Duval, Courtois, Denis, Coudeau, Papillon, Vitry.

31. Géraudel, Maury, Patto, Barnsby, Roche, Camus (J.), Deschamps, Léo, Auburtin, Bourgeois.

41. Mlle Gorovitz, MM. Besson, de Saint-Mathieu, André, Brizard, Morel, Le Sourd (F.), Silhol, Souilhé, Jacquemin.

51. Morieralski, Dalimier, Berthier, Laubry, Lippmann, Cuqu, Monod, Toupart, Bouny, Vicq.

61. Rouault, Griffond, Coutelas, Fabre, Garrigues, Raynaud, Deglos, Digne, Lardennois, Huguier.

71. Lacapère, Mettey, Polle, Netter, Kahn, Barbarin, Baudoin, Vrain, Grosset, Roger.

81. Hautant, Arloing, Bisch, Ripault, Sée, Weil, Galezowski, Debets de Lacrouzille, Rollin-Durozoy.

91. Aubertin, Auffret, Lœn, Quiserne, Rochet, Vialard, Baudelot, Forné, Goupardin, Mlle Thyss.

101. MM. Brécy, Chardin, Chevé, Jacowski, Latteux d'Espagne, Lefas, Le Sourd (L.), Ducoudray, Goyard, Caillau.

111. Bibet, Lafoy, Liné, Boileau, Croizet, Damotte, de Cisternes, Sambon, Cathala, Chapotin.

121. Cornélius, Grivot, Audistère, Ball, Cheruy, Chifoliau, Girod, Goubeau, Housquins, Lelong.

131. Lortat (Jacob), Mircouch, Mutzner, Prat, Hamard, Ponroy, Béclard, de La Volpilière, Patry, Lemonnier.

141. Nattan, Rambeau, Rondeau, Rabourdin, Aribat, Baron, Bricet, Dauzats, du Pasquier.

151. Ertzbischoff, Gosselin, Godineau, Halberchtad, Housselot, Hulieu, Lévy-Valleney, Morichau-Beauchant, Pamard, Baup-Cantonnet.

161. Darré, de Ribier, Cucherousset, Papin, Bréal, Athanasiu, Chevalier, Demerson, Turet, Fouquet.

171. Girard, Lenoble, Meuriot, Pestemazoglu, Ranson, Milanoff, Viard, Villaret, Belatre, Bougenot.

181. Laurent, Metoz, Mlle Majerczac, MM. Debidour, Giroux, Lemarchand, Renault, Roustan, Bidel, Lebreton de La Perrière.

191. Mlle Maugeret, MM. Rottenstein, Savornin, Arnoux, Bentz, Coudert, Dufour-Labastide, Prudhomme, Berthe, Paris.

201. Trémolières, Deputre, Cauzard, Duparc, Sagot, Sueur, Baudrand, Bourg, Bué, Jouon.

211. Corlieu, Damage, Longin, Menuisier, Roche (Ch.), Demaldent, Rabant, Lemaire, Renou, Zarzycky.

221. Choutet, Houzel, Marsoo, Thomin, Beguinot, Bourguignon, d'Abbadie, Grabié, Mage, Ricou, Testivint.

231. David, Nivet, Chevalier (Ch.), Ermenge, Grassot, Mirande, Ecoffet, Ignard, Sentex.

241. Sicard, Laborde, Rouet, Bernheim, Blanchet, Courgeon, Fagon, Giffard, Gillot, Lombard.

251. Durieux, Fumouze, Hermet, de Clérambault, Loustau, Traverse, Barre, Mouchotte, Rey, Rivet.

261. Aries, Privat de Fortunié, Boirivaut, Boucher, Brouillaud, Pater, Pignaud, Boyer, Brestel, Delaage.

271. Duclos, Diard, Moret (Arm.), Coutenau, Druelle, Leclerc, Monier, Montais, Patresco, Thiollier.

281. Lejeune, Lutaud, Chevallier (H.), Cailleton, Flourens, Zuibel, Paugam, Savoye, Navarre, Asselineau.

291. Férouelle, Legros, Tesson, Zacchiri, Dabasse, Bordenave, Trolley, Claude, Crépin, Crouzet.

301. Ferrand, Leduc, Ayrignan, Cattier, Fessard, Cernez, Levassort, Mlle Pissareff, MM. Rabant, Simon.

311. Préciado, Ségallas, Silvie, Strohekor, Tabary, Mathieu, Petit (André), Roux (R.), Rodocanachi, Tissot.

321. Murer, Wicard, Feuillet, Forestier, Bondréaux, Maillard, Reniac, Compain, Guichard, Lorot.

331. Aboulker, Cochet, Omdy, Rumpelmayer, Vergnaud, Wormser, Perrody, Samsignon, Toupet, Deshayes.

341. Larré, Levy (Léon), Muret, Dalmas, Pillet, Dauban, Barré, Cottard, Lévy (F.), Molinsky.

351. Valentin, Morchoisne, Lavenant, Appert, de Fumerie, Pfister, Blanquinque, Taguet, David (Ch.), Jamart.

261. Chaix, Chazet, Gounay, Klein, Tansard, Astengo, Boulommier, Boutin, Arnault, Cauton.

371. Quillon, Bonamy, Delom, Amieux, Felizet, Martin, Guérin, Sampé, Perrin, Prou.

381. Durey, Friedel, Lhuillier, Sevray, Metzger, Francoz, Sautelet, Glin, Barré, Hubert.

391. Mazeyrie, Bour, Dausset, Guichard, Herbout, Podevin, Troller, Drainard, Hahn, Paulouch.

401. Chateau, Kauffmann, Monnamy, Dreyfus, Gerboud.

Voici quelles ont été les questions posées.

Anatomie. — Surfaces articulaires et ligaments de l'épaule. — Maxillaire inférieur. — Muscle psoas-iliaque. — Articulation tibio-tarsienne. — Nerf cubital. — Parois osseuses des fosses nasales. — Muscles masticateurs. — Artère poplitée et ses branches. — Péroniers latéraux. — Tronc cœliaque et ses branches. — Veines jugulaires. — Nerf radial. —

gaments et synoviale de l'articulation du genou. — Nerf édian. — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage. — Muscles de la main. — Muscles de la région ntéro-latérale de l'abdomen. — Artère fémorale et ses ranches. — Os iliaque. — Artères de la jambe et du pied. - Sciatique poplité externe et sciatique poplité interne. — arois osseuses de l'orbite. — Calcanéum et astragale. — rticulation temporo-maxillaire. — Vulve et vagin. — Articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne. — reillette et ventricule droit. — Région anale.

Pathologie. — Le pansement aseptique et antiseptique. - Causes et symptômes de la péritonite aiguë. — Symptômes et marche de la pneumonie franche. — Panaris. — racture de l'extrémité inférieure du radius. — Manière de ire une autopsie. — Ascite. — Symptômes, complications t diagnostic du rhumatisme articulaire aigu. — Symptômes le la tuberculose pulmonaire chronique. — Fractures de côtes. — Signes et complications de l'érysipèle. — Des différents modes d'anesthésie générale et locale. — Causes t signes de la fièvre typhoïde. — Examen clinique des urines. — Fractures de la rotule. — Hydarthrose. — Epistaxis. — Cathétérisme évacuateur de l'urèthre. — Hydrocèle. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. — Varices. — Saignée (indications et manuel opératoire). — Fracture de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. — Les lavements. — Fistules à l'anus. — Toucher rectal. — Délivrance.

Infirmerie de Saint-Lazare. — Le concours pur une place de médecin-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le Dr L. Wickham, ancien chef de clinique de la Faculté.

Les étudiants à la Faculté de médecine de Paris. — M. Brouardel vient de déposer son rapport au conseil de l'Université, pour l'année scolaire 1896-1897.

Le nombre des étudiants en médecine, élèves docteurs ou officiers de santé, est actuellement de 4.837.

Élèves docteurs	ancien régime...	4.067
	nouveau régime.	491
Élèves officiers de santé.....		279

En 1895-1896, il était de 4.940.

La population scolaire a donc diminué de 103.

Il faut attribuer cette faible diminution dans le nombre des étudiants à la non-admission des étrangers dirigés cette année-là dans les Facultés des départements en raison de l'encombrement de la Faculté. Le nouveau régime d'études, mis en vigueur depuis trois ans, présenterait aussi, à l'entrée des Facultés de médecine, quelques difficultés inhérentes au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Le nombre des élèves nouveaux, entrés à la Faculté, s'est élevé pour les élèves médecins à 726, dont 2 pour l'officiat de santé.

Voici comment ces élèves nouveaux ont été répartis :

Régime de 1893 (nouveau)	332 français.	
	22 étrangers.	
Régime de 1878.....	348 français.	
	22 étrangers.	

Il est curieux de savoir ce que les Facultés et Écoles de province ont fourni à la Faculté de Paris. Le relevé nous montre que 347 élèves ont commencé leurs études en province, c'est-à-dire juste la moitié des élèves nouveaux, c'est là un fait bon à noter. Il faut encourager les élèves à commencer leurs études en province, mais non pas seulement pendant la première année d'études, qui se passe en réalité à la Faculté des sciences, mais jusqu'après les études anatomiques, qui, comme nous le verrons ultérieurement, deviennent de plus en difficiles à la Faculté de Paris.

Les Facultés de province ont donné à la Faculté de Paris 153 élèves :

Bordeaux	46
Toulouse	37
Lille (libre)	27
Lille (État)	16
Montpellier	12
Lyon	9
Nancy	6

Les Écoles de plein exercice ont donné 97 élèves :

Nantes	53
Rennes	32
Marseille	9
Alger	3

97 étudiants sont venus des écoles préparatoires :

Besançon	16
Rouen	15
Limoges	14
Angers	11
Caen	10
Reims	9
Dijon	7
Clermont	7
Poitiers	6
Tours	2
Amiens	2

Par contre 81 élèves ont quitté la Faculté de Paris pour passer dans une Faculté de province.

Inspection générale de l'assainissement. — Par arrêt du préfet de la Seine en date du 27 octobre. M. le Dr Thierry (Henry-Joseph-Jules) est nommé adjoint à l'inspecteur général du service d'assainissement et de salubrité de l'habitation.

Il recevra, en cette qualité, un traitement fixe et annuel de 6.000 francs.

Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bureau de la Société pour 1898. *Président* : L. Gourichon; *vice-présidents* : Bimsenstein, Dufournier; *secrétaire général* : Billon; *trésorier* : Kinzelbach; *archiviste* : Castinel; *secrétaires annuels* : Pascal, Malbec. — *Conseil de famille* : Dusseaud, de Pradel, Séailles.

L'Hôpital Boucicaut. — L'événement de la semaine est l'inauguration de l'hôpital Boucicaut dont les pavillons s'élèvent dans le quartier de Grenelle.

Il avait été tout d'abord décidé que l'on ne recevrait des malades à l'hôpital Boucicaut qu'après la cérémonie inaugurative. Mais M. Félix Faure a voulu que l'inauguration ne fut pas seulement architecturale mais aussi théâtrale. C'est pourquoi on a dû, pour plaire à notre président, cueillir à la hâte des malades dans les autres hôpitaux, afin de « meubler » le nouvel établissement et d'organiser une petite mise en scène.

Je fais grâce à mes lecteurs des fortes congratulations que se sont mutuellement adressées les présidents, préfets, architectes et autres budgétivores convoqués à cette fête qui a également donné lieu à une pluie abondante de croix, palmes et autres distinctions plus ou moins académiques.

Parmi les discours et autres lieux communs qui ont été

débités je relève cependant un point intéressant, c'est celui relatif aux dépenses occasionnées par ce somptueux établissement.

La construction de l'hôpital Boucicaut a coûté (*chiffres officiels*) 4 millions et demi auxquels il faut ajouter un million et demi, prix du terrain sur lequel il a été élevé. Total six millions; en calculant l'amortissement, cela entraîne un service d'intérêt de 350.000 francs par an.

Cet hôpital peut hospitaliser (chiffre exact) cent cinquante malades, dont l'entretien constitue une dépense annuelle d'environ 300.000 francs par an.

Ces 300 000 francs joints au 350.000 formant l'intérêt du capital englouti par la construction forment un total fort respectable de 650.000 francs par an.

Ainsi voici 150 hospitalisés qui vont coûter chaque année 650.000 francs, soit environ TREIZE francs par jour et par malade.

Eh bien! je vous le demande, chers confrères, ne vaudrait-il pas mieux remettre à chaque indigent malade la moitié de cette somme pour qu'il soit soigné chez lui? L'Assistance publique y gagnerait 6 fr. 50 par jour; le malade serait plus heureux dans sa famille, et pourrait même payer quelques visites au médecin qu'il honorerait de sa confiance, ce qui, par le temps qui court, ne serait pas à dédaigner.

Voilà, chers confrères et contribuables, ce que l'on fait de votre argent, on élève des palais et on arrive à ce piètre résultat qui consiste à tarir les maigres ressources des médecins de quartier.

On me dira qu'une riche donatrice avait laissé une forte somme à l'Assistance publique et avait désiré qu'un hôpital portant son nom fut élevé à Grenelle. Mais Mme Boucicaut ne vous a pas dit de jeter l'argent par les fenêtres; avec les six millions que vous venez de dépenser, vous pouviez abriter non pas 150, mais 500 indigents.

Si l'Assistance publique avait des revenus indépendants suffisants pour faire face à toutes ses dépenses, nous pourrions fermer les yeux sur la façon dont elle emploie l'argent des pauvres. Mais son budget annuel se solde par un déficit de plusieurs millions fournis par les finances municipales; tant qu'il en sera ainsi, nous aurons le droit de signaler à tous et surtout aux médecins les extravagances d'une administration que l'Europe a cessé depuis longtemps de nous envier. (*Journ. de méd. de Paris.*)

— Pouvoir recueillir dans les journaux du monde entier tout ce qui paraît sur un sujet quelconque, sur une question dont on aime à s'occuper; — surtout savoir ce que l'on dit de vous et de vos œuvres dans la presse, qui ne le souhaite parmi les hommes politiques, les écrivains, les artistes?

Le *Courrier de la Presse* fondé en 1880, par M. Gallois, 21, boulevard Montmartre, à Paris, répond à ce besoin de la vie moderne avec autant de célérité que d'exactitude.

Le *Courrier de la Presse* lit 6.000 journaux par jour.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Prise et remise des bagages à domicile.* — La Compagnie a organisé, à Paris, un service permettant aux voyageurs de s'affranchir, au départ et à l'arrivée, des ennuis du transport de leurs bagages.

Au départ, les colis sont pris au domicile, transportés à la gare et enregistrés pour la destination indiquée.

A l'arrivée, le voyageur n'a qu'à remettre, à la descente du train, son bulletin au bureau spécial affecté à ce service; les bagages suivent au domicile à l'adresse donnée.

Dans les deux cas, le tarif comprend la descente ou la montée aux étages.

Prix : 0 fr. 30 par fraction de 10 kilogs, avec minimum de 1 franc à l'arrivée et de 2 fr. 50 au départ.

Les commandes sont reçues, à Paris, vingt-quatre heures à l'avance, au bureau central du service, 29, rue de Grammont et aux bureaux succursales de la Compagnie P. L. M., 88, rue Saint-Lazare et 6, rue Saint-Anne.

Un service analogue fonctionne également à l'arrivée et au départ à Marseille, Cannes, Nice et Menton.

Nécrologie. — Le Dr Ribard, de Pontoise. — Le Dr Belangé, avenue Parmentier, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire du professeur Ball à l'asile Sainte-Anne, reçu en 1884. — Le Dr Doumic, de Poissy, médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Ouest.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarante-neuvième semaine, du 5 au 11 décembre 1897, le service de la statistique a compté 975 décès, en augmentation sur celui de la semaine dernière 947 au lieu de la moyenne 940.

Les maladies épidémiques sont plus rares (21 au lieu de 18 et de la moyenne 43), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 4 et de la moyenne 6, la rougeole 6, au lieu de 2 et la moyenne 8, la coqueluche 2 au lieu de 2 et de la moyenne 6, la diphtérie 3 au lieu de 8 et de la moyenne 19.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 6 décès par influenza et 1 par scarlatine (moyenne 2)

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 29 décès au-dessous de 1 an au lieu de 21 et de la moyenne 30.

En outre 28 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 194 décès (au lieu de 147 pendant la semaine précédente et au lieu de 153, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 26 décès (au lieu de la moyenne 28 ; bronchite chronique 30 décès (au lieu de la moyenne 31) ; bronchopneumonie, 49 décès (au lieu de la moyenne 42) ; pneumonie 49 décès (au lieu de la moyenne 46). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 49 décès, dont 36 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 185 décès au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la méningite simple, 20 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 68 décès, et les maladies organiques du cœur, 71 ; le cancer a fait périr 52 personnes. Enfin, 49 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 19 suicides, et 14 autres morts violentes.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*